

Le cancer du col restant après hystérectomie subtotale

Travail du Centre Anti-Cancéreux de Montpellier (Pr P. Lamarque)

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le lundi 13 juillet 1942

PAR

ROBERT GASSEN

né le 31 mai 1917 à Béziers (Hérault)

DIPLÔMÉ D'ETUDES MÉDICALES, D'EDUCATION PHYSIQUE
ET DE MÉDECINE SCOLAIRE
DIPLÔME D'ETUDES PÉNALES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

<i>Examineurs de la Thèse</i>	MM. LAMARQUE, professeur, président.	<i>Assesseurs</i>
	VIDAL, professeur.	
	AÏMES, professeur.	
	ROUX agrégé.	

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel, 3
MONTPELLIER

1942

LE CANCER DU COL RESTANT
APRES HYSTERECTOMIE SUBTOTALE

Le cancer du col restant après hystérectomie subtotale

Travail du Centre Anti-Cancéreux de Montpellier (Pr P. Lamarque)

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le lundi 13 juillet 1942

PAR

ROBERT GASSENC

né le 31 mai 1917 à Béziers (Hérault)

DIPLÔMÉ D'ETUDES MÉDICALES, D'EDUCATION PHYSIQUE
ET DE MÉDECINE SCOLAIRE
DIPLÔME D'ETUDES PÉNALES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs de la Thèse	MM. LAMARQUE, <i>professeur, président.</i>	Assesseurs
	VIDAL, <i>professeur.</i>	
	AIMES, <i>professeur.</i>	
	Roux <i>agrégé.</i>	

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel, 3
MONTPELLIER

1942

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires:

Anatomie	MM.
Histologie	J. DELMAS.
Physiologie	TURCHINI.
Chimie biologique médicale et toxicologie	HEDON.
Physique médicale	CRISTOL.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	PECH.
Microbiologie	BAUMEL.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE.
Thérapeutique et matière médicale	PAGES.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JANBON.
Hygiène	PUECH.
Médecine légale et médecine sociale	CARRIEU.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	VIDAL.
Clinique médicale	BOULET.
Clinique chirurgicale	{ L. RIMBAUD.
	{ GIRAUD, doyen.
	{ MASSABUAU, ass.
	{ RICHE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses..	EUZIERE, doyen. hon.
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	LAPEYRE.
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale.	TERRACOL.

Charges de cours:

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TEDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES,
GALAVIEILLE, VIREs, BOSc, VILLARD, GRYNFELTT.

Chargés d'enseignements complémentaires

Chimie	MM.	Clinique de la	MM.
Microbiologie ..	MONNIER, agrégé.	tuberculose ..	VIDAL, professeur.
Hist. nat. méd.	CARRERE, agrégé.	Pathologie chir..	MOURGUE-
Pharmacologie ..	HARANT, agrégé.		MOLINES, agr.
Pathologie méd.	BOUCOMONT, agr.	— —	TRUC, agrégé.
— —	BERT, agrégé.	Chir. expérím. .	GUIBAL, agrégé.
Propédeut. méd.	P. RIMBAUD, agr.	Médecine opér. .	ROUX, agrégé.
Clin. des mal.		Accouchements .	CADERAS
contagieuses. .	JANBON, profes.	Stomatologie . .	N... DE KERLEAU, agr.

Agrégés en exercice

Médecine	MM.	Chirurgie	MM.
—	P. RIMBAUD.		MOURGUE.
—	BOUCOMONT.		MOLINES.
—	BERT.	—	GUIBAL.
—	LAFON, ch. d'agr.	—	ROUX.
Chimie	MONNIER.	Urologie	TRUC.
Bactériologie ..	CARRERE.	Accouchements .	CADERAS
Hist. nat. méd.	HARANT.		DE KERLEAU.

Examineurs de la thèse

MM. LAMARQUE, *prof. présid.* MM. AIMES, *professeur.*
VIDAL, *professeur.* Roux, *agrégé.*



A LA MEMOIRE DE MON PERE

*Dont la vie sera toujours pour moi
un exemple.*

*Cette thèse l'eût récompensé de tous
ses sacrifices.*

A MA MERE

*Faible gage de ma reconnaissance et
de mon amour filial.*

A MA FEMME

Faible gage de mon profond amour.

A MES BEAUX-PARENTS

A MA SŒUR, MES BELLES-SŒURS ET BEAUX-FRÈRES

A MES ONCLES ET TANTES

A MES NEVEUX ET NIECES

A MES COUSINS

A MES PETITS COUSINS:

RAOUL, GEORGES, MONIQUE, ROLAND, MAURICE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES
TOMBES AU CHAMP D'HONNEUR

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL LAMARQUE
CHARGÉ DE COURS DE RADIOGRAPHIE
DIRECTEUR DU CENTRE ANTI-CANCÉREUX

*Avec l'expression de toute mon admiration
et de toute ma reconnaissance.*

A MON MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR JOSEPH VIDAL
PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE ET DE MÉDECINE SOCIALE

*Qu'il me soit permis de lui exprimer
mes remerciements sincères et toute ma
reconnaissance pour l'intérêt qu'il m'a
toujours témoigné.*

A MON MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ALEXANDRE AIMES
CROIX DE GUERRE 1918
CHARGÉ DE COURS DE PROPÉDEUTIQUE CHIRURGICALE

*Hommage respectueux de ma sincère
gratitude.*

A MON MAITRE M. LE PROFESSEUR GEORGES ROUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE 1918 — CROIX DE GUERRE 1940
AGRÉGÉ DE CHIRURGIE

*Hommage respectueux de ma sincère
gratitude.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

Nous voulons, tout d'abord, exprimer notre profonde et respectueuse reconnaissance à notre Maître Monsieur le Professeur Paul LAMARQUE. C'est de son précieux enseignement au Centre Anti-Cancéreux que nous avons tiré les principes qui ont servi à la réalisation de ce travail.

Nous tenons à remercier vivement Monsieur le Docteur Pierre BÉTOULIÈRES, Chef de service de physiothérapie au C.A.C. pour son aimable et bienveillant accueil ainsi que pour ses précieux conseils.

LE CANCER DU COL RESTANT APRÈS HYSTERECTOMIE SUBTOTALE

PRELIMINAIRES

Dans l'étude que Monsieur le Professeur Lamarque nous a fait le grand honneur de nous confier, concernant le cancer du col utérin restant après hystérectomie, la statistique des cas étudiés au Centre Anti-Cancéreux de Montpellier sera l'élément le plus important.

De toutes les statistiques fournies par les différents auteurs le moins que l'on puisse en dire c'est qu'elles ne concordent pas. Les uns comprennent dans leur statistique des cas où l'apparition du cancer du col restant n'est séparée de l'hystérectomie pratiquée que par un intervalle libre inférieur à un an. Ils appellent ces cas : précoces, et pensent que, souvent, au moment de l'intervention, le col présentait déjà une lésion néoplasique, ou tout au moins, précancéreuse. D'autres n'admettent que les cas où existe un intervalle libre d'au moins un ou même deux ans. ... Dans un autre ordre d'idée intervient l'affection pour laquelle l'hystérectomie a été pratiquée : les uns ne conservent que les cas où l'utérus présentait une lésion bénigne, d'autres y joignent ceux dans lesquels l'utérus était cancéreux.

Ces deux faits seraient, à eux seuls, suffisants pour donner lieu à des statistiques à chiffres divers, mais, en outre,

il est des auteurs qui dressent des statistiques en rapportant le nombre des cancers du col restant au nombre d'hystérectomies pratiquées (chirurgiens en général) et d'autres (radiothérapeutes le plus souvent) en rapportant les cas de cancer du col restant au chiffre total des cancers du col. Or, s'il est déjà fort difficile aux centres anti-cancéreux de suivre à distance des malades dont, malgré la persévérance exercée d'un personnel spécialisé, on perd souvent la trace ; à plus forte raison est-il difficile de suivre toutes les malades hystérectomisées : leur nombre est de beaucoup supérieur à celui des malades soignées pour cancer du col.

Nous voyons donc toutes les raisons qui concourent à donner des statistiques à chiffres divergents, au moins en apparence, suivant qu'elles sont dressées par des chirurgiens ou des radiothérapeutes, suivant la spontanéité de consultation des malades, la connaissance du cancer des médecins appelés auprès de ces malades, enfin, la façon même de dresser les statistiques.

En ce qui concerne la statistique du centre anti-cancéreux de Montpellier que nous présentons, nous tenons à préciser, au début de ce travail, que nous ne comptons pas, dans cette statistique, les cas dits « précoces ». Dans tous nos cas l'intervalle libre est supérieur à trois ans. Nous rejetons, également, les cas où l'hystérectomie a été pratiquée pour une affection cancéreuse, excepté celui (N° 27040) où l'examen histologique du néoplasme cervical révèle une forme absolument différente de celle du néoplasme du corps pour lequel l'hystérectomie avait été pratiquée. Précisons, en outre, que le pourcentage de la fréquence des cancers du col restant a été calculé en rapportant le nombre des cancers du col restant observés au Centre Anti-

cancéreux de Montpellier de 1927 à 1937, au nombre total des cancers du col observés au même C. A.-C. durant la même période.

En dernier lieu, signalons que nous ne considérons comme guéries que les malades qui sont encore vivantes 5 ans après la date d'application du traitement, et ce, sans avoir présenté de récurrence.

HISTORIQUE

La première observation d'un cas de cancer du col restant après hystérectomie subtotale fut publiée, en 1896, sans aucun commentaire, par Chrobak, en Allemagne.

Au Congrès de Chirurgie de Paris, en 1897, Péan communique la première observation française et déclare :

« Quand la portion du col enlevée était assez longue, je la fixais par excès de prudence à l'angle inférieur de la plaie. Néanmoins, je préfère ne pas conserver le col ; parce que je l'ai vu plusieurs fois devenir sarcomateux ou épithélial les années suivantes. »

En 1899, Bouilly, au 13^e Congrès de Chirurgie, déclare en parlant de l'hystérectomie subtotale : « Cette intervention ne paraît pas mériter les reproches qui lui ont été adressés théoriquement et qui visent, surtout, l'abandon d'une portion du col accusée de porter une infection à l'abdomen ou de présenter plus tard une dégénérescence épithéliomateuse ».

La discussion était virtuellement ouverte, mais ce n'est qu'en 1900 que se pose, véritablement, le problème de la cancérisation du moignon cervical. Condamin, dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon*, attire l'attention sur les dégénérescences cancéreuses du moignon cervical et conclut à l'abandon nécessaire de l'hystérectomie subtotale.

Les travaux et publications affluent : Péan, Spinelli, Vernet en 1901 ; en Allemagne Noble ; en Italie Pestalozza et Bonamone (1905) ; en Angleterre Turner (1905) ; Faure, à la Société de Chirurgie de Paris (1905) ; Richelot, par ses communications à la Société de Chirurgie en 1903, 1904, 1905 apporte 24 cas de cancérisation du col pour fibrome dont 4 observations personnelles et, s'appuyant sur leur étude, condamne l'hystérectomie subtotale. Puis ce sont les travaux et publications de Vanverts (1907), Barsotti (1909), Chaput (1910), Ekler (1911) Franck (1920), Riotte (1921), Sanders (1924).

En 1926, avec les travaux de Jeanneney et Chavannaz d'une part, de Robert Monod d'autre part, on voit apparaître la scission en deux camps des chirurgiens et gynécologues : les partisans de l'hystérectomie totale et les partisans de l'hystérectomie subtotale.

En 1928, à la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Paris, après les communications de Simone Laborde et Alice Roques, de Gagey, de De Rouville, de Ducuing, la discussion reste ouverte sans que l'accord soit intervenu.

En 1929, Jeanneney écrit, dans la *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique* : « Nous croyons que l'on peut sans gros risque d'erreur, affirmer que la proportion des cancers du col, chez les hystérectomisées, n'est pas plus élevée que la proportion des cancers du col chez les non hystérectomisées, et, dans ces conditions, la crainte du cancer du col restant ne devra pas, à notre avis, trop fortement peser sur notre conduite : dans tel cas facile, avec col métritique, chez une syphilitique ou une fibromateuse, nous ferons la totale ; dans tel autre cas, plus complexe, chez une femme grasse à col sain, nous ferons la subtotale. En somme, nous croyons qu'il faut être, ici, éclectique et lais-

ser, comme souvent en chirurgie, les événements guider nos actes. »

Lecene, J.-L. Faure partagent cet avis. Et les rapports de Monod en 1930 viennent confirmer l'opinion que la subtotale est préférable dans de très nombreux cas.

En 1937, au VI^e Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique à Toulouse, Bonnal, dans son rapport, conclut à donner la préférence à la totale car il n'a jamais vu de cancer sur cicatrice vaginale après hystérectomie totale, et, au contraire, présente une statistique comportant 27 cas de cancer du col restant pour 273 cancers du col de 1933 à 1936 (soit Un pour Dix). Au cours des discussions que suscita ce rapport citons les opinions de : Masini : « du moment qu'on observe des cancers sur les cicatrices vaginales consécutives à l'hystérectomie totale pour annexite ou pour fibrome, j'en conclus que la subtotale ne doit pas être incriminée dans la production de cancer. »

Douay « faire une totale lorsque le col est suspect ou seulement gros, métritique, cicatriciel ; la gravité de la totale n'est pas telle qu'on doit par principe l'écarter de sa pratique ».

Jayle : « Si le col est malade et que je fasse une hystérectomie, je la fais totale, et, dans l'immense majorité des cas, l'hystérectomie totale ne donne aucune mortalité. »

Lefèbvre et Gouzi, rapporteurs à ce Congrès, concluent que l'hystérectomie totale « n'est indiquée que dans les cas où l'on peut affirmer, ou suspecter fortement, un cancer du corps compliquant une lésion génitale qui relevait de la subtotale. Le cancer du col restant ne doit pas entrer en ligne de compte pour discuter les avantages réciproques de la totale et de la subtotale. »

FREQUENCE

Le nombre absolu des cas de cancer du moignon publiés croît rapidement : en 1926, d'après Jeanneney et Chavanaz, il y avait 86 cas publiés ; en 1935, d'après Sejournet il y avait 387 cas publiés ; en 1937, au Congrès de Gynécologie de Toulouse, Lefèbvre et Gouzi réunissaient plus de 800 cas. Une statistique en nombre absolu montre l'importance du problème de la cancérisation du moignon.

Il y a plus d'intérêt à rapprocher le nombre des cancers du col restant après hystérectomie subtotalle du nombre des hystérectomies pratiquées ou du nombre total des cancers du col.

Parmi les statistiques publiées nous pouvons noter :

Fréquence par rapport aux hystérectomies pratiquées :

Gagey 3.5 p. 100

Masini 2 p. 100

Lefèbvre et Gouzi 1.5 p. 100 à 0.5 p. 100

Pearse 1 p. 100

Arnould moins de 1 p. 100

Ducuing 0.50 p. 100 sur un total de 22165 subtotalle

Ferrari 0.50 p. 100

Tagliaferro 0.34 p. 100

J.-L. Faure 0.2 p. 100

Terrier 0. sur 1164 subtotalles.

Fréquence des cancers du moignon par rapport au nombre total des cancers du col.

A.) *Chirurgiens :*

Lincoln	6.50	p. 100
Mocquot	4.50	p. 100
Chaput	4.	p. 100
Mevel	3.50	p. 100
Clinique de Milan	3.08	p. 100
Newton	3.	p. 100
Healy et Arneson	2.60	p. 100
Branscomb	2.50	p. 100
Kretzchner	1.70	p. 100
Lapeyre et Estor	1.60	p. 100
Lenormant	1.10	p. 100
Douay	1.	p. 100
Faure et Forgue	1.	p. 100
Pinsan	1	p. 100
Sanders	0.87	p. 100
Riotte	0.54	p. 100
Tesauro	0.54	p. 100
Aglave	0.50	p. 100
Auvray	0.50	p. 100
Brechot	0.50	p. 100
De Fredet	0.50	p. 100
Lecène	0.50	p. 100
De Robineau	0.50	p. 100
Albrecht	0.37	p. 100
Hartman	0.20	p. 100
Villard	0.20	p. 100

B) Radiothérapeutes:

Bonnal (C. A. C. Marseille)	8 p. 100 (en 1933)
	10.5 p. 100 (en 1934)
	9.5 p. 100 (en 1935)
C. A. C. de Lille	7 p. 100
S. Laborde (C. A. C. de Villejuif)	4.90 p. 100
Gosset	4.60 p. 100
Oppert	4.60 p. 100
Wallon (C.A.C. de la Salpêtrière)	4.45 p. 100
S. Laborde et Roques	2.90 p. 100
Ducuing (C.A.C. de Toulouse)	2.11 p. 100
Institut de Milan	1.30 p. 100
Jeanneney (C.A.C. de Bordeaux)	0.50 p. 100

Nous ne reviendrons pas ici sur l'explication des différences, parfois assez grandes, de ces chiffres ; nous en avons traité dans nos préliminaires. Nous signalerons seulement, qu'au Centre Anti-Cancéreux de Montpellier, de 1927 à 1937 Monsieur le Professeur Lamarque a relevé 9 cancers du moignon dont nous publions dans ce travail les observations pour 433 cancers du col traités pendant les mêmes années, ce qui donne un pourcentage de 2,07 p. 100.

RAPPORTS DU CANCER DU MOIGNON AVEC L'AFFECTION AYANT NECESSITE L'HYSTERECTOMIE

Il est classique de dire que le fibrome est, dans la majorité des cas, la cause de l'hystérectomie à la suite de laquelle un cancer s'est développé sur le moignon. (90 p. 100 des cas pour Jeanneney).

Pour Lefèbvre et Gouzi, à côté des fibromes une place importante est à faire aux affections inflammatoires des annexes.

Pour Prévent sur 100 fibromes, il y aurait 4 néoplasmes méconnus.

Branscomb, tout en signalant que le fibrome se retrouve à l'origine de 71 p. 100 des cas, précise qu'il y a aussi de nombreux cas où l'hystérectomie a été pratiquée pour une autre affection bénigne.

Pour Ferrari la métrite parenchymateuse et la cervicite chronique sont fréquemment la cause de l'hystérectomie qui précède le cancer du moignon.

Lapeyre et Estor signalent à l'origine du cancer du moignon : les fibromes, puis les métrites érosives, les cervicites chroniques, les inflammations ulcéreuses du col et les kystes ovariens.

Enfin, réunissant quatre statistiques françaises : celles

de S. Laborde, Séjournet, Ducuing, Bonnal, et une étrangère : celle de Kretzchner, Pierre Banse rapporte que pour 249 cas de cancer du moignon on note, comme cause de la subtotale :

- 139 Fibromes
- 58 Salpingites
- 15 Kystes de l'ovaire
- 12 Epithéliomas du corps
- 5 Divers
- 10 Inconnues

Dans la statistique du C.A.C. de Montpellier qui fait l'objet de ce travail on note sur 9 cas :

7 Fibromes

1 Salpingite

1 Cancer (de nature histologique différente de celle du cancer du col restant développé ensuite).

Si donc, le fibrome, d'après ces diverses statistiques, tient le premier rang des lésions initiales, les salpingites notamment et les autres affections génitales, même les cancers ne sont pas négligeables.

DELAÏ D'APPARITION : INTERVALLE LIBRE

L'intervalle libre est défini par le temps qui sépare l'hystérectomie de la constatation du cancer du moignon. Cet intervalle libre ou délai d'apparition est des plus variables.

En ce qui le concerne, de nombreux auteurs classent les cancers du col restant comme suit :

— cancers précoces : se développant au cours de la 1re année.

— cancers intermédiaires : se développant entre la 1re et la 5e année.

— cancers tardifs : se développant après 5 ans.

Pour nous, nous nous sommes déjà refusés, dans nos préliminaires, à considérer les cas dits précoces comme de véritables cancers du col restant : il est difficile d'affirmer à coup sûr, leur authenticité car, le délai d'apparition étant bref (moins d'un an), il y a de grandes chances pour que l'on soit en présence d'une récurrence d'un néoplasme méconnu.

Au Centre Anti-Cancéreux de Montpellier, les délais d'apparition des 9 observations recueillies de 1927 à 1937 sont les suivants :

20 ans	1 cas
16 ans	1 cas
13 ans	1 cas
10 ans	1 cas
9 ans	1 cas
7 ans	2 cas
4 ans	1 cas
3 ans	1 cas

Soit un pourcentage de 22.22 p. 100 de cas dits « intermédiaires » et 77.78 p. 100 de cas dits « tardifs ».

Au lieu de limiter l'intervalle libre à la date de constatation du néoplasme du col on peut, aussi, l'arrêter à l'apparition des premiers symptômes suspects. Nous relevons au C.A.C. sur les 9 cas de notre statistique des intervalles libres ainsi calculés de :

20 ans	1 cas
15 ans et demi	1 cas
13 ans	1 cas
8 ans	1 cas
6 ans	2 cas
5 ans	1 cas

Intervalle inappréciable 2 cas

Après l'hystérectomie, certaines femmes présentent des hémorragies peu importantes, véritables petites règles, rendant difficile l'appréciation du début de la transformation maligne. Cette éventualité est cependant suffisamment exceptionnelle pour que toute perte sanguine après une hystérectomie soit considérée comme très suspecte. Remarquons toutefois que chez deux de nos malades existaient des pertes depuis la date de l'hystérectomie.

CONSIDERATIONS PATHOGENIQUES.

Dans ce domaine, puisque, aussi bien, à l'heure actuelle le problème du cancer n'est pas encore résolu, on ne peut soulever que des hypothèses.

Certains auteurs voient dans le fibrome un facteur prédisposant au cancer du moignon : pour certains, les lésions de métrite glandulaire peuvent aboutir à l'hyperplasie adénomateuse où à la dyskératose et à l'épithélioma malpighien ou à l'adénome et à l'épithélioma cylindrique. D'autres auteurs ont insisté sur le rôle de la cervicite chronique érosive qui pourrait aboutir à la formation de masses polypeuses et à des dégénérescences malignes.

Il est indéniable que, pour le col utérin, que le corps ait été enlevé ou soit encore à sa place, toute lésion inflammatoire ou cicatricielle constituera, comme un niveau de tout autre organe, une prédisposition à la cancérisation. En première place doivent figurer les lésions de cervicite chronique.

Par contre nous croyons que, si le fibrome semble la cause la plus fréquente ayant nécessité l'hystérectomie subtotale suivie de cancer du moignon, c'est que, à vrai dire, il se pratique plus de subtotale pour fibrome que pour d'autres causes.

D'après certains auteurs, le moignon serait prédisposé à dégénérer en conséquence de l'opération elle-même.

On a invoqué pour expliquer ce fait :

— l'infection du col restant qui serait plus facile.

— les troubles vasculaires, nerveux, sympathiques, du fait de l'hystérectomie qui modifie les conditions de vie du moignon, donnant une prédisposition à la dégénérescence.

— des modifications physiologiques présentées par le col utérin à la suite de la suppression de la fonction hormonale et se traduisant par :

— de l'atrophie

— des modifications de l'épithélium utérin avec disparition du glycogène.

Il nous reste avant de terminer ce chapitre à envisager les rapports du cancer du col restant et des grossesses antérieures.

On a voulu, en effet, voir un rapport entre les traumatismes occasionnés au col utérin par des grossesses ou des avortements répétés et la cancérisation du moignon cervical après hystérectomie subtotale.

Sur les 9 cas que nous rapportons ici on relève dans les antécédents :

4 Grossesses	2 cas
3 Grossesses et un accouchement prématuré ou un avortement	2 cas
3 Grossesses	1 cas
2 Avortements	1 cas
1 Grossesse et un avortement	1 cas
Ni grossesse ni avortement	2 cas

Ainsi, dans un peu plus de la moitié des cas il y a eu, dans les antécédents de nos malades au moins trois grossesses. Mai, par contre, dans deux cas sur 9 soit presque un quart il n'y a eu ni avortement ni grossesse.

Il est donc difficile d'en tirer une conclusion quelconque.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ANATOMIE MACROSCOPIQUE

Avant d'envisager les différentes formes anatomiques du cancer du moignon, il est utile, croyons-nous, de dire quelques mots des modifications des rapports dues à l'hystérectomie subtotale, du fait de la suppression du corps utérin.

La vessie bascule en arrière prenant la place du col utérin enlevé et vient adhérer au moignon cervical. D'autre part le tissu cicatriciel comblant le pelvis, dans bien des cas, modifiera les rapports du moignon avec l'anse sigmoïde et le rectum. Les uretères sont déplacés et, plus ou moins, « masqués dans la gangue séreuse », suivant l'expression de P. Banse; enfin les adhérences sont nombreuses.

Toutes ces modifications ont deux résultats pratiques lourds de conséquences :

— Elles rendent, pour la plupart des auteurs, la propagation du cancer plus facile.

— elles rendent son exérèse plus difficile.

FORMES ANATOMIQUES DU CANCER DU MOIGNON

Le cancer du col de l'utérus restant peut prendre naissance en plusieurs points :

— sur la surface externe du museau de tranche : cancer exo-cervical.

— sur la muqueuse de la face interne du col: cancer endo-cervical.

— au niveau du point de réflexion de la muqueuse vaginale : cancer liminaire (de Pozzi).

Il ne se distingue en rien du cancer du col d'emblée.

Le cancer exo-cervical :

Comme le font remarquer Lapeyre et Estor, il prend naissance, le plus souvent, sur la lèvre postérieure du museau de tranche au point de jonction des muqueuses vaginales et endo-cervicale.

Comme pour le cancer d'emblée nous retrouvons les trois formes habituelles :

— la forme végétante : qui « débute le plus souvent par de petites ulcérations dont le fond bougeonne et se recouvre de végétations en chou-fleur susceptibles d'acquérir un grand volume et d'obstruer le fond du vagin » (P. Mocquot et G. Boquel).

— La forme ulcéreuse : caractérisée par une ulcération qui gagne en surface et en profondeur, finit par détruire le col et aboutit à la formation d'un cratère.

— la forme interstitielle ou nodulaire: « dans laquelle le néoplasme infiltre progressivement le tissu du col, l'épaissit, l'indure, et respecte longtemps la muqueuse qui

ne s'ulcère que beaucoup plus tard ». (P. Mocquot et G. Boquel).

Le cancer endo-cervical :

Il débute dans le canal cervical par une ulcération de la muqueuse et se présente sous la forme d'un col très dur avec canal largement ouvert, ulcéré, saignant. Parfois un paquet de bourgeons obstruant l'orifice peut, au toucher, faier croire à un polype.

Certains auteurs isolent sous le nom de cancer de la tranche de section isthmique une forme qui ne nous paraît être qu'un aspect un peu particulier de la forme précédente. Ce sont, en réalité, les cancers endo-cervicaux développés dans la partie la plus haute du moignon.

Propagation anatomique.

Ce qui fait l'originalité du cancer du col restant ce sont les conditions anatomiques particulières dans lesquelles il se développe. Le corps n'existe plus ainsi que la partie haute des paramètres. Un tissu de sclérose occupe la tranche de section. La plupart des auteurs considère que ces conditions favorisent la propagation du cancer.

Le nombre des cas que nous avons étudiés est trop petit pour que nous puissions avoir une opinion définitive. Notre impression est, toutefois, que l'extension du cancer est plutôt retardée.

Pour 9 cas, nous en trouvons quatre dans lesquels il n'y a d'envahissement ni du vagin ni du paramètre : ils répondent donc à des cas n° 1 de la nomenclature générale. Ce pourcentage des formes peu avancées est bien supérieur à celui que nous avons dans l'ensemble des cancers du col.

Faut-il penser que les malades déjà opérées viennent se faire voir plus précocement, ou faut-il admettre que l'état de moindre nutrition, le tissu scléreux de cicatrice retardent l'extension locale du cancer ?

Si nous reprenons nos observations nous trouvons :

— une forme endo-cervicale sans propagation au paramètre. (Observation N° 37170).

— 8 formes exo-cervicales parmi lesquelles :

— 3 formes bourgeonnantes avec envahissement du vagin et des paramètres dans 2 cas (N° 32119 et N° 37428) et limitation stricte au col dans un cas (N° 30062).

— 3 formes ulcéreuses : limitée au col dans un cas (N° 36363), avec atteinte des culs de sac dans un cas (N° 35304), avec atteinte du vagin et des paramètres dans un troisième cas (N° 35152).

— une forme interitielle sans propagation aux paramètres (N° 27040).

— une forme non précisée (N° 29202).

ANATOMIE MICROSCOPIQUE

Les cancers du col sont, histologiquement, d'un type différent sur la muqueuse du museau de tranche et sur la muqueuse du canal cervical. Les cancers exo-cervicaux sont des épithéliomas pavimenteux stratifiés ; les cancers endo-cervicaux des épithéliomas cylindriques.

La forme histologique n'a rien de spécial en ce qui concerne le cancer du col restant et nous retrouvons les mêmes formes que pour le cancer du col d'emblée. Reprodui-

sons ici la description succincte qu'en donnent P. Mocquot et G. Boquel.

L'Epithélioma exo-cervical (du museau de tranche).

Il a plus de tendance à se développer en surface qu'en profondeur et présente trois formes :

— l'épithélioma pavimenteux stratifié spino-cellulaire : avec couches concentriques de cellules subissant une transformation cornée ; épithélioma formé de cordons de cellules épidermiques, anastomosés et renflés au niveau des globes cornés.

— l'épithélioma pavimenteux stratifié baso-cellulaire non épidermoïde : formé de gros cordons ramifiés et anastomosés dont le centre peut prendre un aspect tubulaire par cytolysé des cellules ; il n'y a pas de transformation cornée.

— l'épithélioma intermédiaire ou mixte : ne présentant qu'une évolution épidermoïde peu marquée et une stratification peu nette.

— l'adénorcarcinome : formé par un épithélioma cylindrique né sur des ulcérations métritiques avec néo-formation adénomateuse des glandes sous-jacentes.

L'Epithélioma endo-cervical.

Deux formes:

— L'épithélioma cylindrique glandulaire : avec formation au sein du stroma conjonctif de cellules atypiques vaguement orientées dans le sens radiaire autour d'une lumière centrale.

— L'adénome malin : prolifération adénomateuse exagérée des glandes de la muqueuse ; les tubes ainsi formés sont irréguliers et hérissés de diverticules : il n'y a pas interposition de stroma conjonctif.

Ainsi définies les différentes formes histologiques du cancer du col restant que nous pouvons trouver, voyons dans quelle proportion relative elles se présentent habituellement.

Certains auteurs ont voulu voir dans le cancer précoce un cancer cylindrique, métastase d'un cancer du corps et dans le cancer tardif un cancer toujours pavimenteux. Ceci, certes, correspond très souvent à la réalité, mais n'est pas toujours exact.

En effet :

Pour Healy et Arneson, sur 67 cancers tardifs il y a :

94 p. 100 de cancers malpighiens

6 p. 100 de cancers cylindriques

Pour Ducuing et Gouzi, sur 6 cancers précoces il y a :

4 cancers malpighiens

2 cancers cylindriques.

Pinsan estime que les cancers du col restant sont, en règle générale, presque exclusivement des cancers malpighiens.

Branscomb, sur 44 cas relève :

11 Variétés non spécifiées

17 Cancers squameux

7 Adéno-Carcinomes

7 Sarcomes

1 Carcinome à cellules mixtes.

S. Laborde dans sa statistique sur 57 cas, relève :

3 sans biopsie

44 malpighiens

10 glandulaires

et signale que les cancers malpighiens sont primitifs et les

glandulaires, le plus souvent, secondaires à un néoplasme du corps mais cependant, quelquefois, primitifs.

Sur les 9 cas de notre statistique il y a :

8 malpighiens

1 cylindrique

et, parmi les malpighiens :

5 malpighiens métatypiques mixtes

3 malpighiens baso-cellulaires.

ETUDE CLINIQUE

La symptomatologie du cancer du col restant est identique à celle du cancer du col d'emblée.

Les symptômes, au début, sont souvent latents ou peu marqués, d'où la difficulté du dépistage.

L'hémorragie est, en général, le premier signe. Il est certain que, chez une femme hystérectomisée, une perte de sang, même minime, devrait attirer l'attention ; et cependant le nombre est grand des malades qui, bien qu'averties de la suppression de leurs règles, ne viennent consulter que très tard après l'apparition de pertes sanguines.

Ainsi, deux de nos malades (Observation N° 29202 et observation N° 37428) ont attendu deux ans après l'apparition de pertes rouges assez abondantes, et même de véritables hémorragies chez la seconde pour consulter.

Les douleurs ne se différencient pour ainsi dire pas de celles que l'on rencontre dans le cancer du col d'emblée. Toutefois assez souvent elles sont précoces : ce sont : des sensations de pesanteur, de corps étranger, des cystalgies fréquemment ce sont des douleurs vives irradiées à tout le petit bassin.

La leucorrhée est un symptôme habituellement décrit. Mais, isolément, il n'a que peu de valeur, en raison de sa banalité. Il s'associe fréquemment à l'hémorragie.

La Leucorrhée peut être le premier symptôme apparu : tel est le cas des malades des observations N° 27040 et 29202

Sur les 9 cas qui font l'objet de la statistique du Centre Anti-Cancéreux, le symptôme le premier apparu est, par ordre de fréquence :

les pertes rouges ou hémorragies : 7 cas

les pertes blanches : 2 cas

L'examen physique doit être complet et doit être pratiqué systématiquement. On ne saurait trop insister sur ce fait.

L'examen physique dans le cancer du col restant montre :

— au toucher vaginal : la forme, le volume, la consistance du col, la présence de bourgeon ou d'induration et la mobilité du moignon cervical, variables suivant les cas.

On peut apprécier la souplesse des culs de sac ou, au contraire leur envahissement ; l'envahissement des paramètres. Le doigt qui a pratiqué le toucher peut, à sa sortie, apparaître souillé de sang.

— au speculum : on peut voir une des différentes formes anatomiques que nous avons étudiées au chapitre de l'anatomie pathologique. On peut déceler la présence de leucoplasies que l'on considère, en général, comme un mode de début fréquent du carcinome du col.

— le toucher rectal est la seule façon certaine d'apprécier l'état des paramètres.

— mais pour établir avec certitude le diagnostic, l'examen physique ne suffit pas : il faut s'assurer la collaboration du laboratoire. La Biopsie doit être pratiquée, on peut dire, systématiquement.

Que ce soit à la curette diathermique, à la curette simple ou à la pince à biopsie, il importe, chez toute hystérectomisée présentant des hémorragies, après examen physique

bien complet, de pratiquer une biopsie aux fins d'examen histologique.

Evolution.

Si la plupart des auteurs, comme S. Laborde et Reques, Jeanneney, Lefebvre et Gouzi, Lapeyre et Estor, considèrent l'évolution du cancer du col restant comme plus rapide que celle du cancer du col d'emblée, d'autres, comme Dor, ne croient pas à cette rapidité d'évolution. Et c'est également ce qui semble ressortir de l'étude de nos cas, étude déjà faite au chapitre de l'anatomie pathologique macroscopique.

Dans les formes avancées, ayant dépassé le stade où un traitement curatif est utile, la mort survient en un à deux ans. La malade est cachectique, des complications locales ont souvent lieu : fistules vésico-vaginales et recto-vaginales, infection urinaire, urémie. (Tel est le cas de la malade de l'observation N° 37428).

PROPHYLAXIE

Si l'on considère la gravité du cancer du col restant on conçoit tout de suite la nécessité de rechercher à pratiquer contre cette affection une active prophylaxie.

Ici, en tout premier lieu, peut se poser le problème si fortement débattu : vaut-il mieux pratiquer l'hystérectomie totale plutôt que la subtotale ?

De nombreux auteurs ont tiré, du fait même de la conservation du moignon cervical la cause de la cancérisation de ce moignon, comme nous l'avons exposé au chapitre des considérations pathogéniques. Si l'on admet ce point de vue, la première de toutes les mesures prophylactiques, et même la seule, serait : l'abandon complet de l'hystérectomie subtotale.

Nous devons reconnaître que les auteurs qui sont partisans de l'hystérectomie totale sont les moins nombreux, et encore, la plupart d'entre eux admettent-ils la pratique de l'hystérectomie subtotale sous certaines réserves (telles que évidemment du col, cautérisation de la muqueuse endo-cervicale, etc...)

Pour la totale on peut citer Forgue qui écrit : « le moignon peut, dans certains cas, subir une transformation maligne. Et c'est cette cancérisation secondaire du moignon qui décide certains d'entre nous à préférer l'hystérectomie

totale. La suppression d'un col, souvent altéré, la commodité du drainage vaginal sont encore des avantages en faveur de la totale. Par contre la subtotal est plus facile, d'hémostase plus simple n'entraînant pas un décollement étendu de la zone vésico-utérine et des bases ligamentaires, évitant le risque d'infection venu de la section vaginale. J'ai repris dernièrement ce parallèle : je suis, avec beaucoup de mes collègues, plutôt partisan de la totale. »

Sont également partisans de la totale : Lefebvre et Gouzi ainsi que les frères Mayo qui sur un grand nombre de cas de fibromyomes opérés de 1916 à 1929 ont relevé :

— sur 3085 hystérectomies subtotaux une mortalité de 1.2 p. 100.

— sur 1588 hystérectomies totales une mortalité de 1.6 p. 100 ; ils font remarquer que cette différence est minime, d'autant plus qu'il est probable que les totales ont été pratiquées dans les cas plus graves.

Comme partisans de la subtotal notons : Ducuing, Pin-san, Concl, Ferrari, J.-L. Faure, Hartmann et Stein, qui déclare que l'hystérectomie subtotal est moins grave, mais surtout a l'avantage de conserver au vagin sa longueur et au plancher pelvien son mode de soutien.

Nous n'avons pas, pour notre part, à prendre position sur cette question d'ordre chirurgical. Citons toutefois, avant d'en terminer, et, pour être plus complet :

— Jeanneney qui propose de pratiquer :

— l'hystérectomie totale chez les spécifiques, les malades à col suspect, les métritiques, les fibromateuses maigres.

— l'hystérectomie subtotal chez les femmes grasses et les femmes à col sain.

Et, en vérité, nous croyons qu'un grand point de la prophylaxie est justement là, de savoir, en présence d'une af-

fection pour laquelle on décide de pratiquer une hystérectomie, quel est l'état du col.

— *Si le col est sain* il n'y aura pas grand danger à le laisser et à pratiquer la subtotal, *si toutefois* l'affection qui a nécessité l'hystérectomie n'est pas un cancer du corps de l'utérus (auquel cas il faudrait pratiquer une totale).

— *Si par contre le col ne s'avère pas sain ou simplement est suspect*, à moins d'impossibilité, ou de grosses difficultés opératoires (femmes grasses) ce serait un danger de laisser ce col qui, dans ce cas, est candidat à plus ou moins longue échéance, à la dégénérescence maligne.

Il faut donc, d'une part faire un diagnostic aussi exact que possible de l'affection pour laquelle l'hystérectomie est envisagée, et, d'autre part étudier l'état du col avant de pratiquer cette hystérectomie.

A cet effet, outre le toucher vaginal et l'examen au spéculum, de nombreux procédés ont été préconisés pour nous fournir des renseignements précis : citons : le test de Lahmschiller, la colposcopie de Hinselmann, l'hystéroscopie de Second, l'hystéromucographie de Hamant et Thomas.

Mais c'est la biopsie, suivie de l'examen histologique qui viendra donner, au lieu d'une présomption, une certitude complète.

Nous venons de voir les mesures prophylactiques applicables avant que l'hystérectomie ne soit pratiquée ; voyons maintenant les mesures applicables *au cours même de l'hystérectomie*.

Prévent propose d'ouvrir la pièce anatomique au moment d'opérer, et, si l'on se trouve en présence de lésions suspectes, de compléter l'opération, de pratiquer une hystérectomie totale. On voit l'intérêt que peut présenter cette

mesure si elle est pratiquée systématiquement au cours de toute hystérectomie.

Revel est partisan d'associer à la pratique de la subtotale l'évidement du col ou la cautérisation de la muqueuse endo-cervicale. L'évidement du col est obtenu soit, selon la technique de Chaput, en pratiquant une ablation du revêtement muqueux, soit, selon la technique de De Rouville, en conservant une simple coque externe.

Remarquons que Lecene, sur 12 pièces de moignon cervical cancérisé qu'il a étudiées, a vu que, dans tous ces cas, il s'agissait d'épithélioma pavimenteux indifférencié ou à globes cornés, jamais d'épithélioma cylindrique ; il s'agissait donc de cancers exo-cervicaux ; alors, dit-il, pourquoi enlever la muqueuse cervicale après une hystérectomie subtotale ?

Certains ont préconisé la pratique de la curiethérapie post-opératoire préventive.

Ayant vu les mesures prophylactiques qui précèdent l'hystérectomie, celles qui la dirigent ou l'accompagnent, il nous reste à étudier *la prophylaxie consécutive à l'opération* : la prophylaxie du cancer du col restant chez les hystérectomisées.

Cette prophylaxie a pour condition « sine qua non » la régularité de consultation des hystérectomisées, ceci pour pouvoir exercer une surveillance rigoureuse de ces malades.

Nous croyons qu'il est bon de revoir ces malades : un mois, trois mois, six mois, un an après l'opération, puis régulièrement tous les ans pendant plusieurs années ; et surtout qu'il est nécessaire de leur recommander de venir consulter en dehors de ces dates dès l'apparition du moi-

dre symptôme pathologique: principalement les hémorragies et les pertes rouges, même minimales.

Arnould recommande de surveiller tout moignon de subtotale et, si l'on est en présence d'une leucorrhée persistante, de détruire par diathermocoagulation les lésions infectieuses banales de cervicite chronique.

Ainsi de ces diverses mesures prises avant, pendant et après une hystérectomie, découle, en grande partie, semble-t-il, la possibilité d'éviter le cancer du col restant ; ou, si l'on n'a pu l'éviter, d'en faire tout au moins le diagnostic précoce, ce qui permettra alors d'appliquer à temps une thérapeutique active menant à la guérison.

TRAITEMENT

Le traitement ne sera vraiment efficace, peut-on dire, dans la plupart des cas, que si le diagnostic a été fait précocement et la thérapeutique immédiatement mise en œuvre.

La chirurgie et les agents physiques peuvent être employés.

CHIRURGIE

Deux interventions sont ici possibles :

La colpo-cervicectomie simple vaginale, abdominale, ou vagino-abdominale ;

C'est une opération rapide , peu choquante, mais très incomplète. On peut la pratiquer en cas de lésions précancéreuses, et elle trouve alors sa place dans les mesures prophylactiques. On peut également, à titre curatif, se contenter de cette opération quand, parti pour faire une colpo-cervicectomie élargie, on est, du fait de désordres anatomiques importants, empêché de pratiquer cette dernière. Les résultats n'en sont pas très heureux.

La colpo-cervicectomie élargie vaginale, abdominale ou vagino-abdominale.

C'est une opération le plus souvent difficile et incomplète en raison des modifications des rapports dans le petit bassin chez une hystérectomisée. De plus, elle a le désavantage d'exposer, d'une part aux récidives qui restent toujours possibles, et, d'autre part, aux fistules urétéro et vésico-vaginales.

Néanmoins, elle peut trouver son indication dans les cas suivants :

— quand un examen minutieux n'aura révélé que des lésions locales de peu d'étendue sur un col très mobile, sans extension clinique au paramètre.

— En cas d'échec de la radiothérapie et de la curiethérapie.

— En cas de complications locales empêchant de faire un traitement curiethérapique.

Citons quelques statistiques de thérapeutique chirurgicale pour cancer du col restant :

— Wertheim : sur 8 malades opérées a eu 4 guérisons après 5 ans.

— Tesauro: qui, sur 8 cas de cancer tardif, déclare que deux fois l'opération se limita à une ablation du moignon et que 6 fois un Wertheim put être pratiqué ; 4 malades furent revues en bon état: 7 ans, 4 ans, 1 an et quelques mois après l'opération.

— P. Banse, dans le service de P. Mocquot, signale que sur trois colpo-cervicectomies élargies pratiquées, il y eut deux récidives et une malade revue en excellent état après deux ans.

Quoiqu'il en soit, la chirurgie se heurte à de grosses difficultés. Il nous suffira, pour les exposer, de citer, ici, Dueuing : « Le plus grand nombre des cas ont dépassé le stade 1 et sont pratiquement inextirpables. Les rapports intra-pelviens sont modifiés, la vessie adhère à la cicatrice, les uretères noyés dans une gangue de sclérose sont très difficiles à repérer ; le col néoplasique, friable, résiste mal à la traction. L'opération est toujours incomplète, grave, difficile. »

En fait, les radiations sont, pratiquement, le meilleur moyen thérapeutique que l'on puisse mettre en œuvre.

AGENTS PHYSIQUES

Ils comprennent la curiethérapie et la radiothérapie que l'on peut d'ailleurs associer l'une à l'autre.

La curiethérapie.

Elle est en général employée en application locale. Certains auteurs l'utilisent, parfois, sous forme de télécuriethérapie.

Le principe de l'application de radium est, ici, le même que pour le cancer du col d'emblée. Mais l'intervention antérieure a modifié les conditions anatomiques du traitement. Le moignon cervical présente une cavité qui n'a, le plus souvent, conservé qu'une longueur très réduite. L'idéal est de faire une application intra-cavitaire en même temps que vaginale, mais souvent on sera contraint de se limiter à cette dernière. En tout cas, dans les manœuvres préparatoires, il ne faut pas oublier que l'on a affaire à un

moignon de col dont l'exploration sera particulièrement prudente.

Dans les neuf cas qui ont été traités au Centre anticancéreux de Montpellier, dans quatre cas il a été possible de placer un tube dans le canal cervical. L'absence d'application intra-utérine demandera l'application d'une dose vaginale un peu plus forte.

Par contre, l'absence de cavité corporeale, la réduction des communications lymphatiques entre le moignon et les paramètres diminue les risques d'infection utérine et périutérine.

C'est ainsi que, dans les cas où une application intracavitaire de radium a eu lieu, une seule fois il a été observé une élévation de la température un peu inquiétante.

L'application vaginale, habituellement à doses fortes, rend plus fréquentes les réactions vésicales et rectales. Notre technique curiethérapique s'est modifiée avec les années ; elle a dû être adaptée aux conditions anatomiques de chaque cas particulier ; cependant on peut en schématiser ainsi les grandes lignes :

La malade est d'abord soigneusement préparée : repos au lit pendant plusieurs jours - lavages vaginaux bi-quotidiens - évacuation régulière des réservoirs - surveillance de la température. Si celle-ci dépasse 38°5, la curiethérapie sera précédée de la radiothérapie.

Les tubes de radium sont de dix milligrammes de radium-élément ; ils comportent un filtre primaire de un millimètre de platine et un filtre secondaire amovible d'or équivalent à un millimètre de platine. Le tube lui-même est placé dans une gaine de caoutchouc amétal.

Le tube introduit dans la cavité cervicale ne comporte pas de filtre d'or. Ses dimensions sont ainsi plus réduites

et la mise en place ne nécessite pas une trop grande distension, toujours capable d'entraîner des réactions infectieuses.

Selon les conditions anatomiques locales, deux ou trois tubes sont placés dans la cavité vaginale. Ils comportent la filtration mixte or et platine, la gaine de caoutchouc, le tout entouré d'une bandelette de gaze imbibée d'huile gomménolée. Ils sont placés parallèlement entre eux et perpendiculairement à l'axe du vagin ; de préférence, leur grande longueur étant antéro-postérieure.

Les tubes sont enlevés tous les jours et remplacés après lavage utérin.

La dose totale est, en moyenne, de 5.000 à 8.000 milligrammes-heure.

Lorsqu'il n'a été possible que de placer deux tubes, il n'est pas prudent, en raison des réactions de voisinage, de les laisser au-delà de douze jours, ce qui équivaut à une dose de 5.700 milligrammes-heure.

Pendant l'application, on surveillera attentivement les réactions locales et générales de la malade ; on s'assurera du bon fonctionnement vésical et rectal ; la température et le pouls seront pris au moins deux fois par jour. On examinera fréquemment la paroi abdominale pour déceler, à l'occasion, ballonnement, sensibilité, et, à plus forte raison, défense musculaire.

L'apparition de nausées et de vomissements nécessite un examen minutieux afin d'en découvrir la cause qui peut être aussi bien un petit « mal des rayons », rare et anodin, ou, au contraire, un début de réaction inflammatoire pelvi-péritonéale.

Les accidents immédiats et tardifs sont ceux que l'on peut observer au cours du traitement du cancer d'emblée.

Nous mettons simplement en garde contre la sévérité de réactions vésicales ou rectales secondaires à une application uniquement vaginale et un peu trop prolongée.

La radiothérapie.

Dans un certain nombre de cas le traitement a été uniquement curiethérapique. Actuellement, nous ferions systématiquement un traitement mixte. La radiothérapie peut être le seul traitement applicable dans les cas où l'envahissement du vagin ne permet pas une application correcte de radium.

1) Radiothérapie complémentaire

Elle n'est que le temps secondaire. L'élément essentiel de la thérapeutique étant la curiethérapie. Si, cependant, des phénomènes existent, il peut être préférable de commencer par l'application de rayons X.

Nous utilisons habituellement deux champs médians, l'un antérieur : pubien, l'autre postérieur : sacré.

Certaines conditions physiques changent avec l'appareillage utilisé. Dans l'ensemble, nous donnons une séance quotidienne en alternant chaque champ. Nous utilisons une filtration de 15/10 Cu et 20/10 Al.. Les dimensions des champs sont de 12 x 12 centimètres. La dose à la peau est de 250 r. par séance, de 2.000 r. par champ au total.

Lorsque l'application de radium a été particulièrement peu importante nous augmentons proportionnellement la dose de rayons X.

2) Radiothérapie seule

Elle ne sera envisagée que lorsque l'application de radium est impossible par suite du mauvais état général de la malade, de conditions anatomiques locales défavorables, de réaction thermique exagérée.

Nous avons alors tendance à multiplier les portes d'entrée (utilisation de quatre champs : deux postérieurs, deux antérieurs ; ou encore ; un antérieur, un postérieur, deux transversaux ou obliques). La dose à la peau sera alors de 3.000 r. ou 4.000 r.

Résultats obtenus par la thérapeutique par les moyens physiques

De nombreuses statistiques ont été faites par les radiothérapeutes. Les résultats sont variables.

Wallon, au C. A. C. de la Salpêtrière, de 1922 à 1931, a obtenu, sur 28 cas, 50 % de guérisons.

Gosset, sur 13 cas, signale 5 survivances après 5 ans, soit 40 % de guérisons.

S. Laborde, sur 57 malades, a obtenu :

3 guérisons de plus de 5 ans

2 guérisons de plus de 2 ans

1 guérison de 1 an.

Gernez, sur 41 cas, relève : 11 guérisons après 5 ans, soit 27 %.

Villon et Simon, sur 14 cas, obtiennent 7 guérisons après 5 ans, soit 50 %.

Ducuing, Nègre et Gouzi, sur 20 cas, obtiennent une seule guérison après 5 ans.

Nutall et Todd, sur 18 cas de cancers précoces, n'obtiennent que deux survies de trois ans et demi, mais présentant toutes les deux des métastases, donc aucune guérison ; sur 20 cas de cancers tardifs, ils obtiennent une survie de 2 ans et demi, une guérison de six ans, une guérison de sept ans.

S. Laborde, Lewi, Van Zeller, sur 54 cas, relèvent :

1 guérison après 11 ans

1 » » » 7 ans

1 » » » 5 ans

2 » » » 2 ans

2 » » » 1 an.

Les autres sont mortes avant un an.

Ferrari, sur trois cas, a eu :

1 guérison après 8 ans et demi.

1 perdue de vue après 19 mois.

1 était un néoplasme déjà existant.

P. Banse, dans le service du Professeur Mocquot, sur 3 cas de cancer tardif, obtient : deux résultats favorables, un mauvais ; et, pour un cas de cancer précoce : un mauvais résultat.

Petyt, dans le service du Professeur Lambret, sur 33 cas traités, relève :

20 cas de guérison de plus de 3 ans.

7 cas en observation (moins de 3 ans).

Oppert, enfin, sur 17 cas, n'a obtenu aucune guérison de 5 ans.

Dans la statistique qui fait l'objet de ce travail, sur 9 cas, nous avons obtenu, au Centre anti-cancéreux de Montpellier, les résultats suivants :

1 guérison de 12 ans (encore en vie et en observation)

1 guérison de 10 ans (encore en vie et en observation)

1 guérison de 5 ans (encore en vie et en observation)

1 décès après plus de 3 ans de survie.

1 décès en moins de 3 ans.

2 décès en moins de 1 an.

2 malades perdues de vue.

Il y a donc, d'après ces résultats :

33 p. 100 de guérisons vraies (plus de 5 ans).

22 p. 100 de survies approximatives de 3 ans.

22 p. 100 de survies inférieures à 1 an.

22 p. 100 de malades perdues de vue.

Nous pouvons remarquer que, dans les cas où l'on n'a pas perdu la trace de la malade on trouve :

Malades venues consulter 3 mois après les premiers symptômes	2 guérisons (N° 32119, N° 37170)
Malade venue consulter 3 mois après un début d'amaigrissement (ayant toujours présenté des pertes, mais très légères, depuis l'hystérectomie).	1 guérison (N° 30062)
Malade venue consulter 6 mois à 1 an après les premiers symptômes (ayant d'ailleurs été opérée pour cancer du corps)	1 décès en 1 an (N° 27040).
Malade venue consulter 2 ans après les premiers symptômes.	1 décès en 1 an (N° 37428).
Malades venues consulter 4 ans après les premiers symptômes.	2 décès en 3 ans (N° 29202, et N° 36363).

Nous nous trouvons donc, peut-on dire, en présence de deux groupes de malades :

— un groupe venu consulter tôt et qui a été guéri

— un groupe venu consulter tard et qui, avec la même thérapeutique mise en œuvre, n'a pas été guéri.

L'intérêt du dépistage se montre ici d'une façon absolue.

ASSOCIATION DES AGENTS PHYSIQUES ET DE LA CHIRURGIE

Certains auteurs ont préconisé certaines techniques associant les agents physiques et la chirurgie. Ces diverses techniques sont :

Radiumthérapie et Colpo-cervicectomy complémentaire.

Consiste à pratiquer quelques semaines après une application de radium une colpo-cervicectomy simple ou élargie dans le but d'éviter les récidives locales. A l'heure actuelle on ne fait plus guère de colpo-cervicectomy après radiumthérapie qu'en cas d'échec du radium ou en cas de radiumthérapie très difficile et, de ce fait, incertaine.

Radiumthérapie et évidement ganglionnaire.

L'histologie ayant montré assez fréquemment la cancérisation ganglionnaire on a proposé l'évidement à titre complémentaire.

Electrocoagulation du col et radiumthérapie.

Consiste à détruire à l'électrocoagulation la plus grande partie de la lésion cancéreuse dans le but de rendre postérieurement plus facile l'application de radium.

Technique radium-chirurgicale du C. A. C. de la Salpêtrière.

Consiste en application de radium intra-abdominal. Ce procédé pourrait avoir quelque utilité lorsqu'une cause

locale, telle une atrésie vaginale et cervicale, empêche l'application vaginale de radium; ou bien lorsqu'on se trouve en présence d'un cancer dit « de la tranche de section isthmique »; mais cette technique n'est pas sans danger.

Ce qui ressort de toutes les considérations de ce chapitre c'est, croyons-nous, que, dans la thérapeutique des cancers du col restant, les moyens physiques occupent la première place. Mais leur action nous paraît être, avant tout, fonction de la précocité de leur application.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 27040

Madame F..., âgée de 63 ans lors de son entrée à l'hôpital de Montpellier le 30 janvier 1936.

Antécédents. — Régulée à 14 ans, normalement. Ménopausée à 46 ans. 4 Grossesses normales.

Elle a été soignée pour cancer du corps de l'utérus au C.A.C. en 1927.

Biopsie de la muqueuse utérine (8 mars 1927).

« La muqueuse est profondément dégénérée: le fragment enlevé par la curette est constitué par des tubes glandulaires très hyperplasiés, formés de cellules indifférenciées. Tendence, par place, à former des bourgeons massifs. C'est un *épithélioma cylindrique adénoïde* (malignus adénoma des Allemands) ». (Pr Grynfeldt).

Traitement appliqué au C.A.C.:

Curiethérapie en mars 1927: 2 tubes de 10 milligrammes de Radium-élément, intra-utérins, soit 3360 milligrammes-heure en 7 jours.

Hystérectomie subtotale secondaire immédiate (Pr Forgue).

Suites normales jusqu'en 1935 où la malade présente des pertes blanches et éprouve quelques douleurs dans le bas-ventre (intervalle libre de 8 ans).

Pollakiurie.

Examen clinique et histologique (30 janvier 1936):

La malade entre à l'hôpital (Service du Pr Lapeyre) où l'on constate:

— au toucher vaginal:

culs de sac atrophiques

Col gros, régulier, un peu dur,

Orifice cervical non déchiqueté — paraît présenter de petites néoformations polypeuses.

Moignon très mobile.

— au spéculum:

Rétrécissement du vagin à deux centimètres au-dessous du col.

Biopsie. — « Les fragments envoyés montrent que l'on a affaire à un *épithélioma malpighien métatypique mixte*; cette néoplasie épithéliale voisine avec une hyperplasie glandulaire importante; quelques éléments réactionnels. »

Traitement. — *Curiethérapie* (Pr. Lapeyre) du 8 au 18 février: 1 tube de 10 milligrammes de radium-élément transversalement en avant du col.

Le 9 février on ajoute un second tube que l'on change chaque jour de cul-de-sac.

Soit au total une application vaginale de 4560 milligrammes-heure en 10 jours.

Radiothérapie complémentaire (Centre Anti-Cancéreux):

Région sus-pubienne médiane: 2.000 r.

Région sacrée: 2.000 r.

à raison de 3 séances de 250 r. par semaine.

Suites. — La malade *décède* de la même maladie le 28 janvier 1938, soit *deux ans après le traitement*.

OBSERVATION N° 29202

Madame P..., âgée de 52 ans à son entrée au C.A.C. le 11 octobre 1929.

Antécédents. — 3 grossesses normales, un avortement.

Hypertension artérielle avec angor.

Diabète.

Cette malade a été opérée il y a 10 ans pour fibrome utérin (hystérectomie subtotale).

Excellent état jusqu'à il y a 4 ans (intervalle libre de 6 ans). A ce moment à la suite de fatigue (vendanges), apparition de pertes blanches.

Depuis 2 ans, pertes rouges assez abondantes mais irrégulières.

Depuis 3 mois: pertes rouges peu abondantes, presque continues, mélangées à des pertes blanches.

Pas de douleur.

Amaigrissement mais bon état général.

Examen clinique et histologique (11 octobre 1929):

L'examen clinique n'est pas précisé, mais il est pratiqué une biopsie qui donne le résultat suivant:

« *Epithélioma à cellules cylindriques* hautes présentant une grande activité karyokinétique et constituant des cavités pseudo-glandulaires dont la lumière est obstruée par des végétations multiramifiées.

Sécrétion assez abondante de mucus.

Dans le stroma conjonctif (« paléo-stroma » de Grynfeldt et Caudière), très réduit du reste, il existe de nombreux capillaires sanguins dilatés ou même rompus: les hématies libérées pénètrent parfois dans les lumières glandulaires et se mêlent au mucus.

Les éléments lympho-histiocytaires réactionnels (« néo-stroma » de Grynfeldt et Caudière) sont peu nombreux » (Dr Guibert).

Traitement. — Curiethérapie (du 18 au 26 octobre):

2 tubes de 10 milligrammes de Radium-élément.

1 intra-cervical;

1 barrant l'orifice cervical;

soit une dose de 2160 milligrammes-heure intracervical en 9 jours et une dose de 2160 milligrammes-heure vaginal en 9 jours.

Suites. — 10 mars 1930: La malade a eu une perte rouge il y a quelque temps.

Le toucher conduit sur un entonnoir fibreux sans récidence appréciable.

8 mai 1930: Pertes rouges continuelles depuis une dizaine de jours, douleurs abdominales.

Pas de gêne du côté du rectum.

Au toucher: vagin scléreux présentant à son tiers postérieur un diaphragme au delà duquel il est impossible d'insinuer le doigt; l'ensemble présente une induration caractéristique qui fait prévoir une dégénérescence du foyer. On peut extraire à la curette des débris de tumeur qui sont envoyés à l'examen histologique.

Cet examen pratiqué par le docteur Guibert montre qu'on se trouve en présence d'un épithélioma cylindrique du col utérin.

Le traitement suivant est institué:

du 22 mai au 28 juin 1930

Région sus-pubienne: 4.000 r. filtre 10/10 Cu + 15/10 Al

Région sacrée: 4.000 r. filtre 10/10 Cu + 15/10 Al

Grand trochanter droit: 4.000 r. filtre 10/10 Cu + 15/10 Al
à raison de 12 séances par semaine.

La malade *décède* de la même maladie le 10 juillet 1932, soit 2 ans et demi après le traitement.

OBSERVATION N° 30062

Madame Vve T., âgée de 51 ans à son entrée au C.A.C. le 19 mars 1930.

Antécédents. — 3 Grossesses normales, 1 accouchement prématuré au 7^e mois.

Opérée pour ptôse rénale.

Cette malade a été opérée il y a 3 ans pour gros fibrome hémorragique (hystérectomie subtotale); depuis elle a toujours eu quelques pertes rouges déterminées, dit-elle, par l'effort.

Ces pertes ne sont pas fétides.

La malade ne souffre pas, mais elle aurait bien maigri depuis 3 ou 4 mois.

Examen clinique et histologique (19 mars 1930):

On perçoit au fond du vagin des végétations molasses et facilement hémorragiques, irrégulières, occupant l'emplacement du col qu'il est impossible de reconnaître.

La muqueuse vaginale ne paraît pas envahie. Les culs-de-sacs sont souples.

En somme: dégénérescence néoplasique d'un col restant après hystérectomie subtotale:

Biopsie: « Il s'agit bien d'une métrite érosive du col, mais s'accompagnant de prolifération épithéliale cancéreuse. L'architecture de l'infiltration néoplasique fait penser à l'*épithélioma malpighien métatypique mixte* (ébauches de globes parakératosiques). Peu de stroma-réaction ». (Dr Guibert).

Traitement. — *Curiethérapie* (du 25 mars au 5 avril):

Application vaginale de 2 tubes de 10 milligrammes de Radium-élément, soit une dose de 5280 milligrammes-heure en 11 jours.

Suites. — 15 mai 1930: Les hémorragies ont complètement disparu. Pas de douleur. Bon état général.

Localement:

Le toucher révèle un entonnoir fibreux rétréci à son extrémité. On ne sent pas le col. Paroi vaginale souple.

Au spéculum:

Quelques bourgeons rouges entourant une surface de un centimètre carré de couleur jaunâtre.

30 octobre 1930: Excellent état général, augmentation de poids.

Au toucher vaginal on constate que le vagin se termine en cul-de-sac; il est uniformément souple et mobile.

En mai 1942: La malade travaille et ne souffre pas.

Guérison de 12 ans.

OBSERVATION N° 32.119

Madame Vve C..., âgée de 50 ans à son entrée au C.A.C. le 29 mai 1932.

Antécédents. — Mère décédée à l'âge de 56 ans, probablement d'un néoplasme utérin.

Cette malade a été opérée en décembre 1925 pour fibrome ovariectomie et appendicectomie.

Bon état jusqu'en février 1932 (intervalle libre de plus de 6 ans). A cette date, petite hémorragie qui n'a pas attiré l'attention de la malade; puis, le 21 mai 1932, grosse hémorragie qui conduit la malade à l'hôpital. Pas de douleur, la malade se sent seulement fatiguée.

Examen clinique et histologique (31 mai 1932):

Grosse ulcération bourgeonnante occupant tout le fond du vagin; le moignon cervical a disparu, bords irréguliers ayant mordu légèrement sur le vagin à droite. A gauche, infiltration du paramètre qu'on perçoit sous forme de cordon induré. L'ensemble est encore mobile.

Biopsie: « *Epithélioma pavimenteux métatypique mixte*. Cellules indifférenciées en certains points, du type édiernoïde en d'autres (ébauches de globes épidermiques parakératosiques).

Grande activité karyokinétique: nombreuses mitoses monstrueuses et atypiques.

Architecture en cordons très épais, infiltrants, laissant peu de place pour le développement du « néo-stroma »: quand il existe, il est très dense et formé de lymphocytes et de plasmocytes ». (Dr Guibert).

Traitement. — Curiethérapie (du 2 au 11 juin 1932):

2 tubes de 10 milligrammes de Radium-élément placés devant le col.

Soit une application vaginale de 4320 milligrammes-heure en 9 jours.

Suites. — 6 octobre 1932: La malade a grossi de 3 kilogs.

Aucune perte.

Cicatrice souple, aucune trace d'induration.

6 février 1933: Très bon état général (augmentation de poids). Localement cicatrice souple, linéaire, du fond du vagin. Pas de perte. Très bon état local.

Mai 1942: Etat très satisfaisant.

Guérison de 10 ans.

OBSERVATION N° 35152

Madame P... âgée de 49 ans à son entrée au C.A.C. le 15 avril 1935.

Antécédents. — Quatre grossesses normales.

Cette malade a été opérée (clinique Bec à Avignon) en 1919 pour fibrome utérin (hysthéréctomie subtotale).

Bon état jusqu'à il y a 6 mois (donc intervalle libre de 15 ans et demi).

Il y a 6 mois, apparition de petites pertes rouges.

A son entrée au C.A.C. la malade ne se plaint de rien, excepté d'un léger amaigrissement persistant depuis quelque temps et qu'elle attribue à une « Grippe » récente.

Examen clinique et histologique (15 avril 1935):

Au toucher:

Ulcération de la lèvre gauche du col utérin se propageant au cul-de-sac vaginal du même côté.

Induration du cul-de-sac et du paramètre gauches. Les autres culs-de-sac sont normaux.

La mobilité du col est partiellement diminuée.

Biopsie: « *Epithélioma pavimenteux atypique (baso-cellulaire)* » à cellules indifférenciées, souvent fusiformes. Grande activité mitotique et surtout amitotique.

Architecture en cordons irréguliers, anastomosés à tendance infiltrante et délimitant des espaces, assez réduits du reste, où l'on voit le « paléo-stroma » envahi par un « néostroma » surtout composé de lymphocytes » (Dr Guibert).

Traitement. — Curiethérapie:

3 tubes de 10 milligrammes de radium-élément en application vaginale pendant 12 jours, soit une application vaginale de 8.640 milligrammes-heure en 12 jours.

(Au 8^e jour, une poussée de température à 38°9 avait nécessité l'arrêt pendant 24 heures du traitement prescrit. La fin de ce traitement, repris 24 heures après, se poursuit sans encombre).

Un traitement radiothérapique complémentaire était prévu, mais

la malade a tenu absolument à sortir du service. Nous en avons perdu la trace.

Suites. — Malade *perdue de vue*.

OBSERVATION N° 35304

Madame Vve N... âgée de 61 ans à son entrée au C.A.C. le 1er août 1935.

Antécédents. — Une grossesse normale. 1 avortement de 5 mois et demi. Pleurésie à 24 ans.

Tuberculose pulmonaire (Hémoptysie, expectoration bacillifère).

Cette malade a été opérée en février 1922 par le Professeur De Rouville d'un *fibrome pédiculé sous-péritonéal de la fosse iliaque gauche* (hystérectomie subtotale).

Au début de juillet 1935 (intervalle libre de 13 ans) la malade a présenté des pertes rouges très abondantes avec caillots.

Au moment de son hospitalisation les pertes se résument à quelques gouttes de sang.

Examen clinique et histologique (1er août 1935):

Au toucher:

Le doigt est arrêté par un col utérin augmenté de volume, irrégulier, ulcéré, fixé. Les culs-de-sac sont infiltrés, la mobilité est nulle. Saigne facilement.

Etat général bon.

Biopsie: « *Epithélioma pavimenteux atypique (baso-cellulaire)* à cellules indifférenciées souvent disposées en plasmodes.

Grande activité amitotique.

Architecture en cordons irréguliers, généralement assez épais, anastomosés, infiltrant largement le « paléo-stroma ». Celui-ci est réduit à de minces fentes sectionnées sous des incidences diverses où l'on distingue un « néo-stroma » lymphocytaire peu abondant et des suffusions sanguines qui pénètrent parfois dans les cordons des cellules cancéreuses » (Dr Guibert).

Traitement. — *Curiethérapie:*

2 Tubes de radium-élément de 10 milligrammes, en application vaginale, laissés en place 6 jours.

2 tubes de radium-élément de 10 milligrammes, placés dans une cavité développée en arrière du col, et laissés 2 jours.

Soit au total une application vaginale de 3740 milligrammes-heure en 6 jours.

22 août 1935: La malade sort du service. A ce moment:

Pertes rosées — aucune douleur — pas de rectite — pas de troubles vésicaux.

Bon état général.

Au toucher: col irrégulier mais peu induré et assez mobile.

Au toucher rectal: pas de tumeur importante.

21 octobre 1935: Nouvelle hospitalisation.

Bon état général.

Pertes blanches pendant tout le mois de septembre; actuellement ne perd plus.

Au toucher. pas d'induration; col très mobile.

Radiothérapie (pratiquée du 21 octobre au 3 décembre à raison de 6 séances de 250 r. par semaine):

Région sus-pubienne droite 2.000 r. filtre 10/10 Cu + 15/10 Al.

Région sus-pubienne gauche 2.000 r. filtre 10/10 Cu + 15/10 Al.

Région sacrée droite 2.000 r. filtre 10/10 Cu + 15/10 Al.

Région sacrée gauche 2.000 r. filtre 10/10 + 15/10 Al.

La malade sort du Service présentant un bon état général et local.

Suites: Toute trace de la malade est perdue.

OBSERVATION N° 36.363

Madame M... âgée de 46 ans à son entrée au C.A.C. le 31 août 1936.

Antécédents. — Mère décédée d'un cancer du bras (?) — (impossible de faire préciser davantage la maladie).

Réglée à 14 ans.

Typhoïde.

Ostéïte du cubitus à 17 ans.

2 avortement: le 1^{er} de 1 mois et demi.

le 2^e de 2 mois et demi.

Cette malade a été opérée en 1932 pour fibrome (hystérectomie subtotal).

Dans les mois qui suivirent: petit écoulement très régulier dans son apparition.

En juin 1936, les pertes rouges deviennent plus abondantes avec de petits caillots, irrégularité d'apparition, pas de douleur mais balonnement dans l'abdomen. Pas d'amaigrissement. Appétit conservé, bon état général.

Examen clinique et histologique (31 août 1936):

Au toucher:

Col irrégulier, dur, culs-de-sac souples, mobilité parfaite du col.

Aux valves:

Col ulcéré à sa partie moyenne; sa périphérie ne paraît pas atteinte par le processus néoplasique. Pas d'ulcération des parois vaginales.

Toucher rectal:

Il n'y a pas d'induration latérale.

Biopsie: « *Epithélioma pavimenteux métatypique mixte*. Par places cellules indifférenciées globuleuses ou fusiformes, avec de nombreuses formations plasmodiales; en certains points, structure épidermoïde (ébauches de globes épidermiques parakératosiques). Architecture en cordons irréguliers, le plus souvent étroits, très ramifiés et infiltrant en tous sens le « paléo-stroma » riche en éléments lymphocytaires réactionnels » (Dr Guibert).

Traitement. — Curiethérapie (du 3 au 13 septembre):

3 tubes de 10 milligrammes de radium-élément, placés au devant du col; soit une application vaginale de 7.200 milligrammes-heure en 10 jours.

Le 5 octobre 1936: douleurs présentées par la malade dues à une intense rectite et à des hémorroïdes.

Le 12 octobre 1936 la malade sort du service; elle reviendra dans un mois pour radiothérapie complémentaire.

Amélioration sensible.

Le 16 décembre 1936, nouvelle hospitalisation.

Amélioration très importante; col légèrement sclérosé; culs-de-sacs souples.

Radiothérapie (pratiquée du 16 au 30 décembre, à raison d'une séance de 250 r. tous les 2 jours).

Région sus-pubienne: 3.000 r.

Le 30 décembre 1936, bon état général, poids, 56 kg.

Suites. — 12 juillet 1937: la malade revient consulter car elle aurait eu une petite perte rosée.

Elle a augmenté de poids (60 kg. 600).

Bon état général mais se fatigue facilement.

Toucher vaginal: pas d'induration; rétrécissement du fond du vagin.

Toucher rectal: bride sur le côté droit; sensibilité de la muqueuse.

9 mai 1938: Très bon état local et général.

16 février 1939 (Enquête auprès de la mairie) :

La malade est chez elle, dans l'impossibilité de travailler, elle souffre: irradiations violentes dans la région anale. Œdème du membre inférieur gauche.

La famille s'attend à un exitus prochain.

La malade *décède* chez elle de la même maladie en 1940, soit *plus de 3 ans* après le traitement.

OBSERVATION N° 37170

Madame J., âgée de 48 ans à son entrée au C.A.C. le 15 avril 1937.

Antécédents. — 3 Grossesses dont la dernière fut suivie de salpingite bilatérale.

Cette malade a été opérée *ily a 20 ans par le Professeur DE ROUVILLE* (Hystérectomis subtotale) pour *salpingite bilatérale de suites de couches*.

Intervalle libre de 20 ans.

Depuis 3 mois pertes de sang constantes et légères avec de temps en temps, une hémorragie — sang rouge vif avec caillots ces temps derniers.

Légère douleur abdominale.

Constipation — mictions normales.

Examen clinique et histologique. — Vagin très profond, légèrement rétréci au fond. Le col ne fait pas saillie. Pas d'ulcération perceptible.

L'hystéromètre s'arrête à un centimètre environ de l'orifice cervical. A la pince de biopsie on retire facilement des bourgeons de la cavité cervicale.

Biopsie: « *Epithélioma pavimenteux atypique* (baso-cellulaire), à cellules indifférenciées, douées d'une grande activité mitotique et amitotique.

Architecture en cordons étroits, très irréguliers donnant lieu à un essaimage important dans le « paléo-stroma » lui-même infiltré d'éléments lympho-plasmo-histiocytaires réactionnels » (Docteur Guibert).

Traitement. — *Curiethérapie:* 1 tube de 10 milligrammes de radium-élément, intracervical, laissé en place 3 jours.

2 tubes de 10 milligrammes de radium-élément; précervicaux, laissés en place 8 jours.

Soit une application intracervicale de 720 milligrammes-heure en

3 jours — et une application vaginale de 2840 milligrammes-heure en 8 jours.

Radiothérapie (Commencée le 27 avril 1937 à raison de une séance de 250 r. tous les deux jours).

Région Sus-pubienne médiane 2000 r.

Région Sacrée médiane 2000 r.

29 avril 1937 à la sortie du service, excellent état local et général.

Suites. — 6 Septembre 1937 la malade consulte pour douleurs inguinales; le toucher vaginal ne permet pas de mettre en évidence de récidive.

1er juin 1942 la malade ne souffre pas, ne perd pas, travaille.

Guérison de 5 ans.

OBSERVATION N° 37428

Madame Vve B.... âgée de 52 ans à son entrée au C.A.C. le 13 septembre 1937.

Antécédents. — Typoïde à 34 ans.

Appendicectomie.

Cette malade a été opérée en 1930 (Docteur RICARD à Sète) pour *fibrome* (Hystérectomie subtotale).

Bon état jusqu'en septembre 1935 (intervalle libre de 5 ans) à cette date, après un effort, la malade ressent une violente douleur lombaire et, 3 jours après, présente une hémorragie abondante avec caillots. La malade s'est soignée, elle même, par des injections chaudes. L'hémorragie a recommencé il y a un an et a été traitée de même.

Il y a 5 mois les hémorragies ont recommencé, plus abondantes et plus rapprochées. Douleurs lombaires. Amaigrissement important (10 kilogs). Pas de dysurie. Constipation importante.

La malade ne se décide à consulter que le 6 août 1937.

Son médecin l'adresse dans un service hospitalier chirurgical qui le dirige lui-même sur le centre anti-cancéreux.

Examen clinique et histologique. — Au toucher: On sent un col volumineux, dur, bourgeonnant. Les culs de sac droits et antérieurs paraissent infiltrés, ainsi que le Douglas. Col fixé.

Aux valves: Examen très difficile en raison de l'étroitesse du vagin et des douleurs.

Biopsie: « *Epithélioma pavimenteux métatypique mixte*. Cellules indifférenciées à tendance épidermoïde en certains points, rares du reste. Grande activité mitotique: quelques monstruosité nucléaires. Architectures en cordons étroits, isolés infiltrant le « *paleo-stroma* » où siège un « *néo-stroma* » lymphocytaire très dense ». (Docteur GUIBERT).

Traitement. — La curiethérapie n'a pas été pratiquée en raison de l'étroitesse du vagin.

Radiothérapie: (commencée le 16 septembre 1937 à raison d'une séance de 250 r. tous les deux jours).

Région Sus-pubienne 3000 r. Filtre 15/10 Cu + 10/10 Al.

Région Sacrée 3000 r. Filtre 15/10 Cu + 10/10 Al.

Le 11 octobre 1937 à la sortie du service: Plus de douleur, disparition des pertes.

Col diminué de volume, mais toujours fixé; culs-de-sac postérieur et gauche infiltrés.

Bon état général.

Suites. — Le 16 août 1938: La malade est entrée d'urgence au service hospitalier d'Urologie (Professeur Jeanbreau), d'où on l'adresse, le lendemain, au Centre anti-cancéreux.

Pendant tout l'hiver 1937-1938, rien d'anormal.

En avril 1938: hématurie. Depuis ce moment la malade aurait présenté 4 ou 5 hématuries dont une assez importante le 14 août au soir (d'après les renseignements fournis par son médecin).

Un interrogatoire plus serré révèle que, depuis avril, la malade a, de temps en temps un écoulement sanglant par le vagin: sang pur, non mêlé à l'urine. Pas de dysurie. Pas de douleur.

La malade aurait maigri depuis avril de 10 kilog.

Au service d'urologie on constate l'envahissement de la vessie par le néoplasme utérin.

Au C.A.C.:

Au toucher vaginal très douloureux: nombreuses végétations surtout en avant. Vagin en cul-de-sac. Le fond est fixé, saigne au toucher.

Au toucher rectal: Masse dure bombant sous la paroi antérieure.

Aux valves: envahissement de toute la paroi vésico-vaginale, nombreuses végétations saignantes.

L'état général de la malade décline. L'oligurie est de plus en plus importante. L'azotémie s'élève progressivement:

15 août 1938 1 g. 90

22 août 1938 2 g. 56

1er septembre 1938 2 g. 90

Le 4 septembre 1938, la malade *décède* soit un an après le traitement.

CONCLUSIONS

De la statistique que nous apportons, de 9 cas traités au Centre anti-cancéreux de Montpellier, il ressort que :

1° Le cancer du col restant est une affection relativement fréquente. Nous avons trouvé, par rapport au nombre total de cancers du col, un pourcentage de : 2,07 p. 100 (chiffre à rapprocher de celui du Centre anti-cancéreux de Toulouse : 2,12 p. 100).

2° Ne doivent être considérés comme cancers du col restant que ceux qui surviennent deux ans au moins après l'intervention, et, avec la condition que la lésion pour laquelle l'hystérectomie a été pratiquée ne soit pas de nature maligne et de même forme histologique que celle qui se manifeste ultérieurement sur le col.

3° Les fibromes sont fréquemment l'affection ayant nécessité l'hystérectomie : 7 cas sur 9, soit 77 p. 100 des cas ; mais les autres affections ne sont pas négligeables : 23 p. 100 des cas.

Cette proportion est celle de la plupart des auteurs.

4° Les cancers exo-cervicaux ou histologiquement malpighiens sont de beaucoup les plus nombreux (89 p. 100 des cas) ; les formes endo-cervicales habituellement cylindriques, doivent être étudiées de très près car il s'agit, le plus souvent, de récurrence de néoplasme du corps.

5° Si l'hystérectomie ne prédispose pas au néoplasme du col, elle ne met pas la malade à l'abri de cette redoutable affection. Toute hémorragie survenant chez une hystérectomisée doit donc donner l'éveil et entraîner un examen immédiat en vue d'un dépistage rapide.

6° Le traitement de choix est la curiethérapie à laquelle on associe avantageusement la radiothérapie.

7° La plupart des auteurs considère le cancer du col restant comme d'un pronostic plus sombre que le cancer du col d'emblée. Cela ne ressort pas de notre statistique qui comporte trois guérisons sur les sept malades que nous avons pu suivre.

8° Comme pour tout cancer du col, le pronostic dépend essentiellement du degré d'extension locale. Et le dépistage précoce reste encore notre plus grande chance de succès.

BIBLIOGRAPHIE

- AHUMADA. — Sur le cancer et la cancérisation du moignon cervical. *La Prensa Med. Argentina*, 30 août 1925.
- ALMASIANU et Cioc. — Sarcome du col de l'utérus après hystérectomie subtotale pour fibrome. *Gynecologie si obstetrica*, t. 12 n° 1 et 2, avril-juin 1937, p. 19-23.
- ARNOULD. — Le cancer du col restant. *Soc. d'obst. et Gynécol. de Marseille*, 11 avril 1934.
- BANSE. — Le cancer du col restant après hystérectomie subtotale. Thèse de Paris 1938.
- BARSOTTI. — *Ann. di Obst. e Gin.*, 1909.
- BECLERE. — A propos du cancer développé sur moignon du col restant après hystérectomie. *Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1935, p. 372.
- BEGOUIN-ROCHE. — Deux observations de cancer développé sur un col utérin restant après hystérectomie subtotale. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, tome 14, 1925, n° 5, p. 361.
- BONNAL. — Cancers du col restant. *Soc. de Chir. de Marseille*, tome 10, n° 6, juin 1936.
- De la fréquence du cancer du col restant. VI^e Congrès français de Gynécologie de Toulouse, 15-18 mai 1937, in *Rev. Fr. Gyn. et Obst.*, déc. 1937, p. 868.
- BOUILLY. — Congrès de Chirurgie de Paris, 1899.
- BRANSCOMB. — *Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, t. XX, n° 3, jul. 1930.
- BRAUN. — *Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1933.
- CHAPUT. — La subtotale hâte l'apparition du cancer. *Soc. de Chir. de Paris*, 1910.
- CHOSSON. — Cancer du col restant développé plus de seize ans après hystérectomie pour fibrome. *Comm. au Congr. de Chir. de Paris*, 1932.
- CHOSSON et CERATI. — Cancer du col restant. *Soc. de Chir. de Marseille*, 5 déc. 1932.
- CHROBACK. — *Monatschr für geburtsch u gynak*, 3, p. 117, 1896.

- CHUECO. — Dégénérescence maligne du col utérin dans les hystérectomies subtotaies. *La Semana Médica*, an. XXXVIII n° 45, nov. 1930, p. 1443.
- CONDAMIN. — *Bull. de la Soc. de Chir. de Lyon*, 27 déc. 1900.
- COTTE et NOTTER. — Sur la cancérisation du moignon cervical après hystérectomie subtotale. *Gyn. et Obst.*, t. 37, n° 3, mars 1938
- CURDEANU. — Cancérisation du moignon du col utérin après hystérectomie. *Soc. d'Obst. de Bucarest*, 1er mars 1936, in *Gyn. di Obst.*, n° 7-8, déc. 1938.
- CURELEANO. — Cancérisation du col utérin restant après hystérectomie pour fibrome; extirpation; guérison datant de 5 ans. *Soc. de Gynéc. de Bucarest*, mars 1937, in *Rev. de Gyn. et Obst.*, n° 7, juillet 1937.
- DELPORTE et CAHEN. — Le cancer du col après hystérectomie subtotale. *Le cancer*, Bruxelles, t. 7, fasc. 3, 1930.
- DESMAREZ et LECENE. — *Journ. de chir.*, avril 1937. Procédé pour l'ablation systématique de toute la muqueuse du canal cervical par le dédoublement du col dans les hystérectomies abdominales. *Journ. de Chir.*, 1927, t. 1, p. 409.
- DOR. — Le cancer du col restant. *Marseille méd.*, n° 32 année 1932; n° 33, année 1933.
- Cancer du col restant. *Soc. de Chir. de Marseille*, in *Bull.*, n° 7, juillet 1936.
- DONAY. — *Soc. d'Obst. et Gynéc.*, 1928, t. 2.
- DUCUING, NEGRE et GOUZI. — *Rev. franç. de Gynéc.*, janv. 1938. —
- FAHINDRICH. — *Zentralblatt für geburtschulfe*, 1934, pp. 382-407.
- FAURE. — *Soc. de Chir. de Paris*, 1904-1905-1921.
- FERRARI. — Le cancer du moignon cervical après hystérectomie subtotale. VI^e Cong. franç. de Gyn., Toulouse, mai 1937, in *Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst.*, déc. 1937, p. 965.
- Le cancer du moignon après hystérectomie subtotale. *Alger Chirur.*, juin 1937.
- FERRY. — L'épithélioma du col restant après hystérectomie subtotale pour fibrome. *Strasbourg Méd.*, 90, 411-414, 25 juin 1930.
- FLEISCHMANN. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Vienne*, 1899.
- FORGUE. — Pr. de Path. ext. Collect. Testut T, n° 2, p.1135.
- FRANCK. — Cancer du moignon cervical. *Surg. Gyn. and Obst.*, septembre 1933, p. 334.
- GASNE. — Cancer du col utérin développé sur moignon d'hystérectomie pour fibrome. *La Consult.*, 1932-1933, p. 235.
- GOSSET et WALLON. — Curiothérapie des cancers du col de l'utérus. *Congr. de Gyn. et Obst. de langue franç.*, Bordeaux 1931.
- GREY, TURNER. — A case of cancer of the cervix after supravaginal hysterectomy for fibroid. *British med. Journ.*, 1909,

- HALLER. — Cancer du col restant. *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1927, p. 71.
- HARTMAN. — *Soc. de Chir. de Paris*, 16 février 1910.
- HARTMAN, FABRE, DUBOIS-ROQUEBERT. — Traitement des cancers développés sur des cicatrices vaginales d'hystérectomies totales. *Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 10 juin 1929, p. 395.
- HAVLASCERK. — *Bratislava Lekar lysty*, t. 15, p. 232-240; mars 1935.
- HEALEY et ARNISON. — Etude du cancer du col restant après hystérectomie pour fibrome. *Amer. Journ. of Obst. and Gynec.* t. 29, p. 370.
- HINSELMANN. — *Klin. Wehmsehm.*, t. 13, p. 1561-1563.
- IKEDA (Y. et K.). — Un cas de cancer du col restant après hystérectomie subtotale pour fibrome. *Zentralb. f. Gyn.* 1933, p. 2074.
- JEANNENEY. — Cancer du col restant. *Rev. Franç. de Gynéc. et d'Obst.*, mai 1929, p. 273-282.
- JEANNENEY et CHAVANNAZ. — *Bull. Soc. de Chir. de Paris*, 1926.
- JEANNENEY et RASSET. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, t. 24, p. 572.
- JEANNENEY et MICHEL. — Cancer du col restant. *Journ. de Méd. de Bordeaux et du S.-O.*, an. 113, n° 12, 30 avril 1936.
- JEANNENEY et ROUSSEAU. — Un cas de cancer du col restant. *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, an. 57, n° 10, 8 mars 1936.
- KRETZCHNER et GARDINER. — *Amer. Journ. of Obst. and Gynec.*, t. 29, p. 168.
- LABEY. — Traitement chirurgical des fibromes. *Congr. franç. de Chir. de Paris*, 1924.
- LABORDE (S.). et ROQUES. — Epithélioma développé au niveau du col après hystérectomie subtotale. *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc.*, Paris, 1928, p. 123.
- LABORDE (S.), LEVY et VAN ZELLER. — Cancer du col restant après hystérectomie. *Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 1er mai 1935.
- LABORDE (S.). — Cancer du col restant. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, juillet 1935, p. 446.
- LAPEYRE et ESTOR. — Cancer du col restant. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1934, p. 574.
- LEIP. — Colposcopie et combat du cancer. *Med. welt.* t. 10, p. 262, 22 février 1936.
- LEFEBVRE et GOUZI. — Le cancer du col restant. VI^e Congrès franç. de Gynéc., Toulouse, 15-18 mai 1937, in *Rev. franç. de Gyn. et Obst.*, avril 1937, p. 256.
- Discussion:
- DOUAY, *Rev. franç. de Gyn. et Obst.*, déc. 1937.
- JAYLE, *Rev. franç. de Gyn. et Obst.*, déc. 1937.
- MASINI, *Rev. franç. de Gyn. et Obst.* déc. 1937.

- LEVITTE. — Les cancers développés sur le col restant après hystérectomie subtotal. Thèse de Lyon, 1936-1937.
- MALLET. — Technique Curiéthérapique et Radiothérapique des récidives du cancer du col utérin après hystérectomie subtotal. *Arch. d'Elect. Méd. et de Thépiothérapie du cancer*, octobre 1932.
- MASSON. — Hystérectomie totale ou subtotal. *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1927, vol. 14, p. 486.
- MAYO et MAYO. — Cancer du col restant. *Ann. of. Surgery*, juin 1931, p. 1215.
- MEIGS. — Carcinoma of retained cervix or subtotal v.s total hystérectomy. *Am. journ. Obst. and Gyn.*, 31, p. 358-566, fév. 1936.
- MEVEL. — Le cancer du col restant après hystérectomie subtotal. Thèse de Bordeaux, 1931.
- MOCQUOT et BOQUEL. — Le cancer du col utérin. *Pratique méd. chir.*, t. VIII, p. 903.
- MOIROUD. — Cancer du col restant, intervalle libre de 7 ans. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Marseille*, t. 21, n° 4.
- MOLFINO et BOERO. — Cancer du moignon du col utérin et sa prophylaxie. *Semana med.*, n° 22, XXXIX, 2 juin 1932.
- MONOD. — Epithélioma du col restant après hystérectomie subtotal. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1926, p. 814.
- Rapport au Congrès de Liège 1930. *Bruxelles Méd.*, 3 août 1930, p. 1087.
- La cancérisation du col après hystérectomie subtotal. *La Gynéc.*, n° 30, p. 106, 1931.
- Cancer inopérable du col restant. *Soc. de Chir. de Paris*, 5 avril 1933.
- MONTILLIER. — Cancer du col restant. Thèse de Bordeaux, 1918.
- NIELSEN. — Carcinoma of cervical stump after supra vaginal amputation. *Acta Obst. et Gynec. Scandinav.*, 17, p. 295-306 1937.
- NOBLE. — *Zentralbatt fur gynec.*, 1901, p. 1151.
- NUTALL et TODD. — Prognosis in carcinoma of cervical stump after subtotal hysterectomy. Critical analysis of 38 cases. *J. Obst. et Gyn. Emp.*, t. 42, p. 860-866, oct. 1935.
- OCKINCZIC. — *Gynécologie et Obstétrique*, mars 1933.
- PEAN. — *Congrès de Chir. de Paris*, 1897.
- PEARSE. — Hystérectomie supra-vaginale, étude statistique sur 1900 cas avec recherche spéciale du développement ultérieur du cancer sur le moignon du col. *Surg. Gyn. and Obst.*, vol. 58, n° 5, mai 1934, p. 845-852.
- PESTALOZZA. — *Atti Soc. it. di Obst. e Gin.* 1901.
- PETYT. — Le cancer du col après hystérectomie subtotal. Thèse de Lille 1939.

- PEYRE. — Cancer du col restant après hystérectomie subtotale. Thèse de Toulouse, 1937.
- PHANEUF. — Carcinoma of cervical stump. *Am. j. Surg.* t. 29, p. 479, septembre 1935.
- PINSAN. — La cancérisation du col après hystérectomie subtotale. *Strasbourg Médical*, 25 juillet 1930, p. 460.
- La question de la cancérisation après hystérectomie subtotale. *Strasbourg Médical*, 25 oct. 1930, p. 663.
- *Revue franç. de Gynéc. et d'Obst.*, n° 25, p. 688, 1930.
- PIQUAND. — Le cancer du col restant après hystérectomie subtotale. *Soc. des Sciences Méd. de Jannat*, 8 fév. 1936.
- POLLOSSON. — A propos de l'hépithélioma du col restant après hystérectomie subtotale. *Lyon Chir.*, 27, p. 697-702, sept.-octobre 1930.
- PRESTINI. — Cancérisation du moignon cervical. *Semana medica*, sept. 1932.
- QUENU. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1903, p. 1077.
- REYNES. — Sur l'hystérectomie totale ou subtotale. *Soc. de Chir. de Marseille*, 23 mars 1935.
- RICHARDSON. — *Boston Medical and Surgery journal*, 14 janv. 1904.
- RIQUELOT. — *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, oct. 1903.
- RIQUELOT. — *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1904, p. 343.
- *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1905, p. 532.
- RIOTTE. — *Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1921.
- SAUVE. — Les épithéliomas du col utérin secondaires aux fibromes utérins. *La médecine*, 1932, p. 259.
- SCHAEFFER. — Un cas de cancer du moignon. *Zentralbl. fur. Gynac* an 57, n° 35, pp. 2068-2074.
- SCHAEFFEY. — Cancer du moignon cervical. *Journal of american med. assoc.*, vol. 107, n° 11, sept. 1936, pp. 839-843.
- SEIDLER. — Le cancer du moignon de l'utérus. *Gynekologja Polska*, n° 1, 2, 3, 1928.
- SEJOURNET. — Cancer du col restant après hystérectomie subtotale. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, Ann.* 1924, n° 4, avril 1935, pp. 2-8.
- SENEQUE. — Le cancer du col restant après hystérectomie subtotale. *Presse Méd.*, 11 juillet 1931, p. 1048.
- SHARPLES. — Carcinoma of cervical stump following partial hysterectomy. *North West Med.*, 1927, p. 77.
- SIMON. — Traitement des cancers de l'utérus. Thèse de Paris, 1936.
- STARK. — Cancer du moignon après amputation supra-vaginale. *Zentral. fur Gynac.*, t. 61, p. 1328, juin 1937.
- STEIN. — A propos de deux cas de cancer du col après hystérectomie. *Amer. Journ. of. Surg.*, oct. 1928.

- STEPHAZNIK. — Le danger du cancer du moignon cervical après amputation supra-vaginale de l'utérus. *Bratisl. Lekarsk. Listy*, janvier 1933.
- SUSS. — Etude de la coexistence du cancer du col et du fibrome utérin. Thèse de Nancy, 1935.
- TAGLIOFFERO. — Cancer du col après hystérectomie subtotale. *Annali di Obst. et Gyn.*, ass., 57 n° 10.
- TESAURO. — Cancer du col après hystérectomie subtotale. *Gyn. et Obst.*, sept. 1928, pp. 228-249.
- THEVENARD. — A propos du cancer du col restant après hystérectomie subtotale. *Soc. de Chir. de Paris*, t. 18, n° 3, 1936.
- TOPA et CARAMZULESCU. — Cancer du col restant après hystérectomie subtotale. *Gyn. si Obst., Bucarest*, t. 12, n° 1 et 2, avril-mai-juin 1937.
- TRESTON. — Cancer du col restant après hystérectomie subtotale. *Tr. South S.A.*, 42, 1929.
- VANVERTS. — *Société belge de chirurgie*, 1907.
- VEADER-NEWTON. — Sur la dégénérescence maligne du moignon cervical après hystérectomie. *Ann. of Surg.*, t. 58, n° 3.
- VERNET. — Congrès de chirurgie de Nantes, 1901.
- VILLARD. — Cervicite chronique et cancer du col. *Rev. franç. de Gyn.*, 1930.
- WALDEYER. — Quatorze cas de cancer du col après hystérectomie subtotale. *Zentralb. fur Gynac. Ann.* 58, n° 1, p. 35, 24 janvier 1934.
- WIART. — Le cancer du col après hystérectomie. *Soc. de Chir. de Paris*, 30 avril 1919.
- YOVANOVICH. — A propos de 1.000 hystérectomies vaginales. *Mediziniski Preglad Belgrade*, déc. 1935, p. 235.
- ZAKROJCZYK. — Hystéroscopie. Thèse Paris, 1938.
- ZAMPA. — L'épithélioma del moncone uterino dopo l'isterectomie subtotale fer fibrimiomna. *Policlino (sez. chir.)*, 37, pp. 457-469, sept. 1930.
-

TABLE DES MATIERES

PRÉLIMINAIRES	11
HISTORIQUE	14
FRÉQUENCE	17
RAPPORTS DU CANCER DU MOIGNON AVEC L'AFFECTION AYANT NÉCESSITÉ L'HYSTÉRECTOMIE	20
DÉLAI D'APPARITION: INTERVALLE LIBRE	22
CONSIDÉRATIONS PATHOGÉNIQUES	24
ANATOMIE PATHOLOGIQUE:	
<i>Anatomie macroscopique</i>	26
<i>Anatomie microscopique</i>	29
ETUDE CLINIQUE	33
PROPHYLAXIE	36
TRAITEMENT:	
<i>Chirurgie</i>	41
<i>Agents physiques</i>	43
<i>Association des agents physiques et de la chirurgie</i>	50
OBSERVATIONS	52
CONCLUSIONS	64
BIBLIOGRAPHIE	66

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

*Le cancer du col restant après
hystérectomie subtotalale.*

par M. Robert GASSENC.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 10 juin 1942

Le Professeur,
LAMARQUE.

Vu :

Montpellier, le 10 juin 1942

Le Doyen,
GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 11 juin 1942

Le Recteur,
SARRAILH.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises
dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées
comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approba-
tion ni improbation.

